

## Artículo original

# Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa»

*Evaluation of the results of the program "Birth in hospital, midwife at home"*

Esther Crespo<sup>1</sup>, M. Carmen España<sup>1</sup>, Elena Basteiro<sup>1</sup>, Mary Michel Zegarra<sup>1</sup>, Francesc Botet<sup>2</sup>, José María Pérez<sup>2</sup>, Ángela Arranz<sup>3,5</sup>, Montse Palacio<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Servicio de Medicina Materno-Fetal. <sup>2</sup>Médico. Servicio de Neonatología. <sup>3</sup>Enfermera. <sup>4</sup>Médico. Servicio de Medicina Materno-Fetal. <sup>5</sup>Coordinación del Programa «Parto en el hospital, comadrona en casa». Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic. Barcelona

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características y la evolución clínica de las puérperas y los neonatos incluidos en un programa de alta precoz hospitalaria.

**Material y método:** Estudio observacional y descriptivo de la población incluida en el programa «Parto en el hospital, comadrona en casa», del Hospital Clínic de Barcelona, desde octubre de 2010 hasta abril de 2013.

**Resultados:** Participaron un total de 150 madres, con una edad (media  $\pm$  desviación estándar) de  $32 \pm 4$  años. El 70% (n= 105) eran multiparas. Respecto al origen de las participantes, el 57,3% (n= 86) procedían de España, el 24% (n= 36) de Sudamérica y el 13,3% (n= 20) de los países del resto de Europa. Un 95% (n= 137) tenía pareja estable. El 62% (n= 93) tenía estudios superiores. El 55% (n= 82) de los partos fueron con analgesia peridural. El 21% (n= 32) requirió episiotomía o tuvo un desgarro de grado II. El resto no presentó ningún desgarro perineal, o éste fue de grado I. La media de estancia hospitalaria fue de  $14 \pm 4$  horas.

El peso de los neonatos al nacer y en el domicilio fue de  $3.366 \pm 362$  y  $3.168 \pm 344$  g, respectivamente. El 96% (n= 144) de las mujeres eligió lactancia materna al alta. En la visita, el 94% (n= 134) continuaba con lactancia exclusiva y el 7,4% (n= 11) presentaba grietas. El 4% (n= 6) de las mujeres y de los neonatos se visitó en urgencias durante el puerperio, y hubo 2 (1,3%) reingresos neonatales, por crisis cianótica e ictericia, respectivamente.

**Conclusiones:** Las mujeres que participaron en el programa eran principalmente españolas, multiparas y con estudios superiores, y en la mitad de los casos optaron por un parto con analgesia peridural. Las dificultades encontradas a las 24 horas tras el alta estaban relacionadas con la lactancia materna, y fue necesaria la determinación precoz de la bilirrubina. El programa facilita el empoderamiento de las familias, sin incrementar la morbilidad materna o del neonato.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Puerperio, cuidado posnatal, visita domiciliar, matrona.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the characteristics and clinical course of postpartum women and infants who join a program of early discharge.

**Material and method:** An observational, cross-sectional study of the population included in the "Birth in hospital, midwife at home" program, at the Hospital Clínic of Barcelona, from October 2010 to April 2013.

**Results:** 150 mothers were included in the program with a maternal age of  $32 \pm 4$  years. The 70% (n= 105) were multiparous. Place of birth: Spain 57.3% (n= 86), South America 24% (n= 36) and Europe 13.3% (n= 20). 95% (n= 137) were married or living together. 62% (n= 93) attended University. 55% (n= 82) of deliveries were under epidural analgesia. 21% (n= 32) of deliveries required episiotomy or had a second-degree tear. No perineal tear or first-degree tear was observed in the others. The average length of stay at the hospital after delivery was  $14 \pm 4$  hours (x  $\pm$  SD). The birthweight was  $3,366 \pm 362$  g and the neonatal weight at home was  $3,168 \pm 344$  g. 96% (n= 144) of women chose breastfeeding at discharge. At home, 94% (n= 134) continued exclusive breastfeeding and 7.4% (n= 11) had nipple cracks. 4% (n= 6) of the women and newborn had a consultation in the emergency unit during the postpartum period. There were 2 (1.3%) readmissions to the neonatal intensive care unit because of cyanotic crisis and jaundice.

**Conclusions:** Women who join the program are mainly Spanish, multiparous and highly educated. Half of them chose to have an epidural. The difficulties at 24 h after discharge are mainly related to breastfeeding. Early determination of bilirubin is necessary. The program facilitates the empowerment of families without increasing maternal or neonatal morbidity.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Puerperium, postnatal care, home visit, midwifery.

Fecha de recepción: 4/03/14. Fecha de aceptación: 13/04/14.

Correspondencia: E. Crespo-Mirasol. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Sabino de Arana, 1. 08028 Barcelona. Correo electrónico: ecrespo@clinic.ub.es

Comunicación y póster presentados en el II Congreso de la Asociación Navarra de Matronas. FAME, octubre de 2013.

Crespo E, España MC, Basteiro E, Zegarra MM, Botet F, Pérez JM, et al. Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa». Matronas Prof. 2015; 16(1): 20-27.

## INTRODUCCIÓN

La estancia hospitalaria tras un parto de bajo riesgo, en madres sanas y neonatos a término, se ha visto reducida considerablemente en los últimos 30 años<sup>1-4</sup>. En España, en 2011 la duración (media  $\pm$  desviación estándar) de la estancia hospitalaria de las madres tras un parto sin complicaciones fue de  $2,5 \pm 0,8$  días<sup>4</sup>.

Existe controversia en el tiempo de estancia considerado como «alta precoz», con tiempos que oscilan entre menos de 12 horas y menos de 60 horas, según el tiempo considerado como alta convencional, el sistema sanitario existente y el soporte sanitario posparto de cada país<sup>1</sup>.

Desde los años cincuenta, existen artículos publicados sobre el tema, especialmente en relación con la seguridad del alta precoz, que evalúan el potencial aumento de la morbilidad y el reingreso hospitalario, tanto de la madre como del neonato<sup>1,5</sup>.

En la estrategia del alta precoz se reconocen las siguientes ventajas:

- Mayor participación paterna en los cuidados del neonato<sup>1,6</sup>.
- Una política de alta precoz con apoyo domiciliario reduce significativamente los costes, sin que haya evidencia de complicaciones maternas y neonatales<sup>1,5,7,8</sup>.

El tiempo de estancia hospitalaria en los partos sin complicaciones y neonatos a término debería adaptarse a las características particulares de la madre y su hijo, por lo que es necesario individualizar el cuidado posparto implicando a la puérpera y su familia para que tomen decisiones en los cuidados y tratamientos, teniendo en cuenta la habilidad y la confianza de ésta, así como la paridad, las experiencias previas, las preferencias, las creencias, los valores, las prácticas socioculturales y el sistema de apoyo y acceso al seguimiento durante el puerperio<sup>5-7,9</sup>.

En esta línea de actuación sobre cuidados centrados en la familia, en octubre de 2010 se inició el programa «Parto en el hospital, comadrona en casa» en el Hospital Clínic de Barcelona, con la finalidad de ofrecer atención domiciliar individualizada a las familias que desearan el alta hospitalaria entre las 8 y las 18 horas posparto, con las mismas garantías que en el hospital, donde la estancia media es de 24-48 horas.

El objetivo de este estudio es describir las características y la evolución clínica de las puérperas y neonatos incluidos en el programa de alta precoz hospitalaria «Parto en el hospital, comadrona en casa», desde su inicio en octubre de 2010 hasta abril de 2013.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Emplazamiento

El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Materno-fetal del Hospital Clínic de Barcelona.

### Periodo de estudio

Desde octubre de 2010 hasta abril de 2013.

### Diseño

Estudio observacional y descriptivo de la población incluida en el programa «Parto en el hospital, comadrona en casa» del Hospital Clínic de Barcelona.

### Sujetos

El grupo de estudio se conformó retrospectivamente mediante el seguimiento de las mujeres y los neonatos acogidos al programa, desde el inicio de su implementación, en octubre de 2010, hasta abril de 2013, fecha en que se contaba con 150 casos.

### Criterios de inclusión

- Mujeres con un embarazo de riesgo bajo y/o medio<sup>10</sup>.
- Un parto eutócico sin complicaciones.
- Analgesia peridural con dosis bajas y una duración del bloqueo neurológico limitado a un máximo de 6 horas.
- Neonato a término sin cuidados específicos hospitalarios.
- Deseo expreso de la familia de un alta hospitalaria entre las 8 y las 18 horas posparto.
- Vivir dentro del área metropolitana de Barcelona (30 km).
- La actitud positiva de la familia, con capacidad de comprensión de las instrucciones recibidas.
- Entorno familiar favorable.

### Criterios de exclusión

- Partos instrumentados y cesáreas.
- Valoración obstétrica desfavorable.
- Indicación de observación del recién nacido.

### Descripción del programa

La difusión del programa se realiza a través de los equipos de atención primaria, las consultas externas hospitalarias, las sesiones informativas hospitalarias, la sala de partos y/o de hospitalización, la web del hospital ([www.inatal.org](http://www.inatal.org)) y los vídeos institucionales en la sala de partos.

Antes del alta se realiza educación sanitaria acerca del puerperio y el neonato según el protocolo<sup>11</sup>, y se facilita a las familias un número de teléfono de contacto con la matrona y de consulta hospitalaria para cualquier duda y/o emergencia que precisen.

**Tabla 1. Cuidados durante el puerperio domiciliario**

Cuidados maternos	Cuidados del neonato
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constantes vitales:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial</li> <li>– Frecuencia cardíaca</li> <li>– Temperatura</li> </ul> </li> <li>• Coloración de la piel y las mucosas. Estado general</li> <li>• Mamas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sin problemas</li> <li>– Ingurgitación</li> <li>– Grietas</li> <li>– Dolor</li> <li>– Otros</li> </ul> </li> <li>• Altura y tono uterino:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ombligo/–1/–2/–3/–4</li> </ul> </li> <li>• Periné:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sin problemas</li> <li>– Dolor</li> <li>– Hematoma</li> <li>– Otros</li> </ul> </li> <li>• Suelo pélvico</li> <li>• Loquios:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fisiológicos</li> <li>– Abundantes</li> <li>– Escasos</li> </ul> </li> <li>• Micción y estado de la vejiga</li> <li>• Evacuación</li> <li>• Extremidades inferiores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sin problemas</li> <li>– Edemas</li> <li>– Varices</li> </ul> </li> <li>• Estado emocional</li> <li>• Tratamiento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sulfato ferroso</li> <li>– Analgesia</li> <li>– Otros</li> </ul> </li> <li>• Cefalea</li> <li>• Observaciones en el domicilio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura</li> <li>• Frecuencia respiratoria</li> <li>• Actividad</li> <li>• Aspecto de la piel y las mucosas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Buena coloración</li> <li>– Ictericia</li> <li>– Pletórico/a</li> </ul> </li> <li>• Bilirrubina transcutánea</li> <li>• Tipo de alimentación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Materna</li> <li>– Artificial</li> <li>– Mixta</li> </ul> </li> <li>• Regurgitaciones</li> <li>• Vómitos</li> <li>• Aspecto del cordón umbilical:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bueno</li> <li>– Signos de infección</li> </ul> </li> <li>• Frecuencia y aspecto de las deposiciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Meconio</li> <li>– Transición</li> <li>– Amarillentas</li> </ul> </li> <li>• Micciones</li> <li>• Peso</li> <li>• Observaciones en el domicilio</li> </ul>

En las primeras 24 horas tras el alta reciben la visita domiciliar de una de las matronas, en la que se valora a la madre y el recién nacido en su entorno habitual<sup>11</sup>, con una evaluación estructurada de diferentes variables diseñada para este estudio (tabla 1), y se refuerza la educación sanitaria (tabla 2).

El programa contempla también una visita al hospital a los 2-5 días posparto para realizar otro reconocimiento pediátrico, una extracción de la muestra para la detección precoz de metabopatías congénitas, la determinación de bilirrubina transcutánea, la práctica de potenciales evocados auditivos y la valoración de la saturación de oxígeno de la hemoglobina como cribado de cardiopatías en el neonato. Se realiza en las consultas externas, por parte de uno de los pediatras del equipo. Se entrega el carné de salud y se da el alta definitiva al neonato.

**Tabla 2. Educación sanitaria en el domicilio**

- Autocuidado y cuidado del neonato
- Alimentación
- Descanso
- Higiene
- Vestido y termorregulación
- Seguimiento posparto
- Potenciales evocados auditivos
- Diagnóstico precoz de metabopatías congénitas
- Carné de neonato al alta hospitalaria
- Signos de alarma

### Variables

- Sociodemográficas: edad, nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, secundarios, universitarios), origen (España, Sudamérica, resto de Europa, otro), ciudad de residencia (dentro del área de influencia de Barcelona, fuera del área de influencia de Barcelona, área metropolitana), estado civil (sin pareja, pareja de hecho, casada) y ocupación de la pareja (empleado, autónomo, no trabaja).
- Obstétricas: paridad (primípara, secundípara, terciópara, gran múltipara), riesgo (bajo, medio, alto, muy alto), asistencia al parto (matrona, residente matrona de primer año, residente matrona de segundo año, ginecólogo/a, residente de ginecología de primer-segundo año, residente de ginecología de tercer-cuarto año), analgesia (sin analgesia, analgesia local, epidural, óxido nitroso, intradural, pudendos), duración epidural (<3, <6, >6 h) e integridad perineal (sin desgarro, desgarro de grado I, desgarro de grado II, episiotomía).
- Neonatales: puntuación de Apgar (minutos 1, 5 y 10), tipo de alimentación (materna, artificial, mixta), meconio al alta (sí, no), micción al alta (sí, no), coloración del neonato (sonrosado, ictericia, pletórico), problemas con la alimentación (sí, no), peso, temperatura, y aspecto del cordón umbilical (buen aspecto, signos de infección, otros).
- Relacionadas con la asistencia al puerperio domiciliario (tabla 1).
- Relacionadas con las complicaciones tras la visita domiciliar: reingreso materno (sí, no), reingreso neonatal (sí, no), asistencia materna en urgencias (sí, no) y asistencia neonatal en urgencias (sí, no).

### Aspectos ético-legales

La recogida y la transcripción de los datos se llevó a cabo respetando el anonimato y la confidencialidad de éstos conforme a las normas oficiales vigentes y con la aceptación del Comité de Investigación del centro.

### Recogida de datos y análisis estadístico

Se utilizó una base de datos de elaboración propia diseñada para este estudio, mediante los programas Microsoft Access y Excel.

Se revisaron las historias clínicas para la obtención de datos en relación con los reingresos/consultas hospitalarias a urgencias hasta las primeras 6 semanas posparto.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 20 para Mac. Para las variables cuantitativas se empleó la media y la desviación estándar, y para las cualitativas se calcularon las frecuencias y los porcentajes, con un intervalo de confianza del 95%.

### Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda desde 2003 hasta septiembre de 2013 en las bases de datos CINAHL, PubMed y Cochrane Database de los artículos publicados relacionados con el puerperio, utilizando como descriptores principalmente MeSH «puerperium» «postpartum period», «postnatal care», «home visit», «midwifery», «length of stay» y otros, como «alta precoz» y «visita puerperal».

## RESULTADOS

En el grupo de estudio participaron 150 mujeres y neonatos, que representan el 1,7% del total de partos en el periodo de estudio ( $n= 8.675$ ) y el 5,1% del total de partos de bajo y medio riesgo ( $n= 2.935$ ).

Las características sociodemográficas se muestran en la tabla 3. La edad de las madres (media  $\pm$  desviación estándar) era de  $32 \pm 4$  años. El 58% ( $n= 87$ ) eran de bajo riesgo y el 28% ( $n= 42$ ) de riesgo medio. El 13,3% ( $n= 20$ ), aun siendo clasificadas como de riesgo alto, y el 0,7% ( $n= 1$ ) como riesgo muy alto, se acogieron al programa tras una valoración obstétrica y neonatal favorable por no comportar mayor riesgo en el puerperio. Se trataba de mujeres con antecedentes de talasemia menor, cesárea en la gestación anterior, *Streptococcus agalactiae* positivo (con tratamiento antibiótico intra-parto) y neonatos diagnosticados de pequeños para la edad gestacional (PEG), luxación congénita de cadera y ventriculomegalia unilateral.

El 68,7% ( $n= 103$ ) era población residente en el área de influencia asistencial del hospital, mientras que el 31,3% ( $n= 41$ ) vivía en el área metropolitana de Barcelona (30 km), pero fuera del área de influencia hospitalaria.

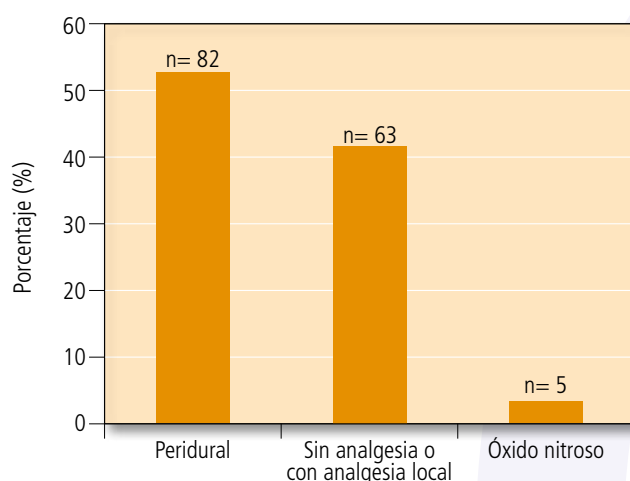
El 30% de las mujeres ( $n= 45$ ) eran primíparas, el 52% ( $n= 78$ ) secundíparas y el 26% ( $n= 17,3\%$ ) tercíparas; sólo una (0,7%) era gran múltipara. Los partos fueron asistidos en un 63,3% ( $n= 95$ ) por residentes

**Tabla 3.** Distribución de las variables de estudio sociodemográficas

Variables	n (%)
<b>Origen</b>	
España	86 (57,3)
Sudamérica	36 (24)
Resto de Europa	20 (13,3)
Marruecos	1 (0,7)
Sur de Asia	1 (0,7)
África	1 (0,7)
China	1 (0,7)
Otros	4 (2,7)
<b>Estado civil</b>	
Casados	65 (43,4)
Pareja de hecho	72 (48)
Sin pareja	7 (4,7)
No contesta	6 (4)
<b>Nivel de estudios</b>	
Superiores	93 (62)
Secundarios	50 (33,3)
Primarios	6 (4)
No contesta	1 (0,7)
<b>Ocupación de la pareja</b>	
Empleado	96 (64)
Autónomo	24 (16)
No trabaja	11 (7,3)
No contesta	19 (12,7)

matronas de primer o segundo año y matronas, en un 28,7% ( $n= 43$ ) por residentes de ginecología de primer y segundo año, en un 4% ( $n= 6$ ) por residentes de ginecología de tercer y cuarto año y en un 3,3% ( $n= 5$ ) por ginecólogo/a. El 54,7% de las mujeres ( $n= 82$ ) optaron por el uso de analgesia peridural. La utilización de métodos analgésicos se expone en la figura 1. En relación con la integridad perineal tras el parto, el 21,3% ( $n= 32$ ) requirió episiotomía y/o sufrió un desgarro de grado II. El resto no presentó ningún desgarro perineal o éste fue de grado I (figura 2). El 51,3% ( $n= 77$ ) de neonatos eran de sexo femenino y el 48,7% ( $n= 73$ ) de sexo masculino. El peso de los neonatos al nacer fue de  $3.366 \pm 362$  g. El 96% ( $n= 144$ ) de las madres eligió lactancia materna exclusiva al alta. La media de estancia hospitalaria fue de  $14 \pm 4$  horas.

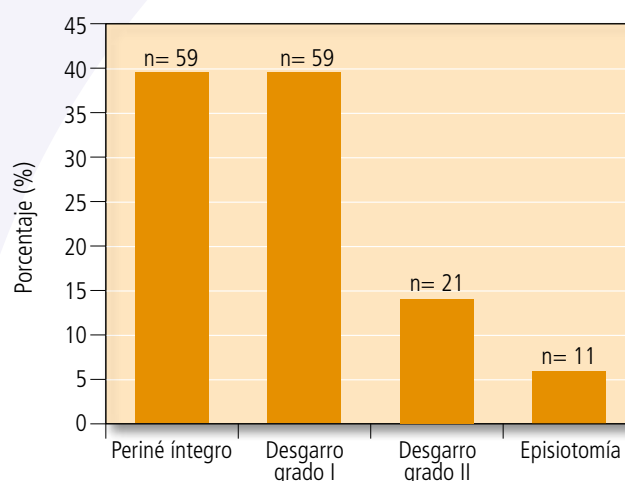
En la visita al domicilio, la media de la presión arterial sistólica fue de  $114 \pm 11$  mmHg y la diastólica de



**Figura 1.** Analgesia intraparto

74 ± 9 mmHg. La temperatura media fue de 35,9 ± 0,4 °C. El 94% (n= 134) de las madres seguía con lactancia materna exclusiva. En el 87,3% (n= 131) de los casos no manifestaban problemas relacionados con las mamas, mientras que el principal malestar fueron las grietas en el 7,3% (n= 11) de los casos, y la ingurgitación mamaria en el 2,7% (n= 4). Se observó una correcta involución uterina en el 100% de los casos. En un 68,6% (n= 103) de las madres, el útero se encontraba a la altura de -2/-3. En el 96,7% (n= 145) de los casos, el periné no presentaba ningún tipo de dolor ni hematoma. En el 100% de los casos los loquios se ajustaban a la normalidad en el periodo del puerperio en que se encontraban. El 97,3% (n= 146) de las madres no manifestaba ninguna sintomatología en las extremidades inferiores, y los signos que más se registraron fueron los edemas, en un 1,3% (n= 2), y las varices en el 0,7% (n= 1) de los casos. El 90,7% (n= 136) de las madres refería tomar sulfato ferroso y/o analgesia según la pauta al alta. En ningún caso se registró cefalea pospunción epidural en el domicilio. No se observó ninguna complicación materna en el domicilio que requiriera derivación hospitalaria.

El peso medio de los neonatos fue de 3.168 ± 344 g y la temperatura axilar de 36,4 ± 0,4 °C. En el 100% de los casos el cordón umbilical tenía un buen aspecto aparente. Un 18,7% (n= 28) de los neonatos presentaba una ligera ictericia. El valor de la bilirrubina transcutánea fue de 7,2 ± 2,8. En el 96,7% (n= 145) de los casos, el neonato se mostraba activo y con buena apetencia. El 17,3% (n= 26) de las madres manifestó regurgitaciones en el neonato y el 3,3% (n= 5) vómitos. Todos presentaron meconio y/o deposiciones de transición y micciones. No se observó ninguna complicación neonatal en el domicilio que necesitara derivación hospitalaria.



**Figura 2.** Integridad perineal

Un 4% (n= 6) de las madres acudió a urgencias hospitalarias después de la visita domiciliaria durante las primeras 6 semanas posparto. Los motivos de consulta fueron: cansancio y palpitaciones, dolor lumbar y/o en la zona de punción de la epidural, hemorroides y malestar general coincidiendo con un episodio de litiasis biliar. Respecto a los neonatos, el 4% (n= 6) de las parejas consultaron en el servicio de urgencias neonatológicas entre los 2 y los 20 días de vida, sin que el neonato requiriera ingreso en ninguno de los casos. Los principales motivos de consulta fueron la ictericia, la somnolencia, el aspecto del cordón umbilical y las reacciones cutáneas. Hubo 2 reingresos hospitalarios posteriores a la visita pediátrica programada a los 2-5 días en consultas externas: uno por presentar una crisis de cianosis coincidiendo con el llanto, que requirió 4 días de ingreso en observación y se resolvió espontáneamente, y otro por hiperbilirrubinemia, que requirió 2 días de ingreso con fototerapia.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La población de estudio pertenece principalmente al área de influencia hospitalaria, aunque existe población perteneciente a otros centros. El perfil de las mujeres que se acogieron al programa responde a mujeres españolas, multíparas y con estudios superiores, que en la mitad de los casos optaron por un parto con analgesia peridural. En general, puede afirmarse que no se presentaron problemas clínicos relevantes ni en la madre ni en el recién nacido. Las dificultades encontradas en el domicilio a las 24 horas tras el alta están relacionadas con la lactancia materna. No se registró el número de llamadas telefónicas recibidas, pero creemos que favorecen el apoyo ofrecido a las familias.

El porcentaje de población de bajo riesgo que se acogió al programa es bajo (alrededor del 5%) y parece po-



tencialmente mejorable. Se desconoce por qué no existe mayor número de mujeres que contemplen acogerse al programa: por desconocimiento del programa, no reunir criterios de inclusión, percepción de mayor seguridad en estancias hospitalarias mayores de 24 horas u otras causas. La falta de información al respecto constituye una de las limitaciones de este estudio.

Escuriet et al.<sup>12</sup> publicaron los resultados relacionados con las preocupaciones percibidas por las madres en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en 2002 previamente al alta, donde la estancia tras un parto vaginal era de 72 horas. Estos autores identificaron como principales motivos de preocupación ciertos aspectos como el dolor y los problemas en las mamas, la propia percepción sobre la capacidad de cuidar, la sensación de responsabilidad constante, la aceptación del nuevo rol maternal, la alimentación del recién nacido, el peso y el llanto del bebé. Löf et al.<sup>13</sup>, en su estudio cualitativo, describieron que los principales factores que influyeron en 9 primíparas en la elección del alta precoz fue su sentido de la confianza y seguridad, el apoyo percibido por la pareja y el hecho de que pudieran confiar en el seguimiento institucional posterior. Según Bowman<sup>14</sup>, las necesidades de aprendizaje durante el puerperio más inmediato cambian respecto al más tardío. Los primeros 3 días las madres se muestran más interesadas en conocer los aspectos del cuidado de los puntos, la episiotomía y las complicaciones del posparto, mientras que después el interés se centra más en cómo ser una buena madre, cubrir las necesidades de cada uno en casa y del ejercicio y actividades para recuperar la figura corporal. En cuanto al neonato, en la primera semana de vida preocupan más la alimentación y las enfermedades. Aunque las madres reciben educación sanitaria previa al alta, también en nuestra muestra persiste la necesidad de aprendizaje en el domicilio, ya que existen dificultades para asimilar la información. Por otra parte, en un estudio descriptivo realizado en la Unidad de Posparto del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla en 2003-2004, se observó la necesidad de garantizar la educación sanitaria de las púerperas antes del alta a las 48 horas. El 82% de las encuestadas, a pesar de considerar tener los conocimientos necesarios, creían necesario adquirir una información organizada antes del alta, elevándose el porcentaje al 90,6% en las primíparas<sup>15</sup>. Nuestros resultados son comparables a los del estudio realizado por Darj y Stalnacke en 2000<sup>16</sup>. Estos autores publicaron los resultados del programa de alta muy precoz ofrecido a mujeres de bajo riesgo durante 6 meses en el hospital Universitario de Uppsala (Suecia), con una estancia hospitalaria media de 8 horas. Un total de 103 mujeres participaron en el estudio a través de un

cuestionario a los 4-5 días posparto, y 20 mujeres fueron entrevistadas telefónicamente a los 4 meses. Las familias tuvieron una media de 1,9 visitas en el domicilio y todas las mujeres consideraron suficiente el cuidado recibido por las matronas. Hubo un reingreso materno por dificultades con la lactancia. Los neonatos también eran examinados previamente al alta y tras 4-5 días. El mayor porcentaje de dificultades percibidas fue derivado de la lactancia, aunque el 95% de las mujeres seguía lactando después de 4 meses. Dos neonatos fueron reingresados en el hospital por presentar hiperbilirrubinemia tras la valoración de la matrona en la visita. Según los autores, el alta temprana no presenta mayor riesgo, siempre y cuando los padres estén preparados durante la gestación para el alta precoz y exista un seguimiento posparto bien establecido<sup>16</sup>.

En cuanto al seguimiento que requiere este tipo de alta precoz, existe cierta controversia sobre el tipo de control que es necesario realizar a las madres tras el alta, su duración y la relación existente entre el apoyo recibido y los resultados en el mantenimiento y las dificultades con la lactancia materna<sup>17</sup>. En nuestro medio, en algunos estudios, como el de Goulet et al.<sup>18</sup>, se afirma que lo que las diferencia tras el alta precoz es el tiempo en que se ofrece el apoyo por vía telefónica y la visita. Furnieles-Paterna et al.<sup>19</sup>, aunque no hacen referencia específicamente a las altas precoces, muestran un menor número de abandonos en relación con la lactancia materna en las primeras 48 horas tras el alta en el grupo de mujeres visitadas en el domicilio respecto a las mujeres con un seguimiento realizado en la consulta de atención primaria. Estos autores refuerzan la necesidad de realizar un control durante las primeras 48-72 horas tras la salida del hospital por parte del personal experto en lactancia materna, y preferiblemente en el domicilio de la madre, donde la satisfacción es mayor por percibir un entorno más tranquilo y mayor tiempo dedicado a la visita. En nuestro caso, las madres y los neonatos evolucionaron clínicamente de forma favorable, tanto física como emocionalmente.

En relación con la morbilidad a medio plazo, es necesaria la atención en el posparto, ya que se producen cambios físicos y emocionales importantes en las mujeres y sus familias. El periodo puerperal no supone ninguna complicación para la mayoría de las mujeres y neonatos, pero es necesario tratar cualquier desviación de la recuperación esperada después del parto<sup>20</sup>. En las primeras semanas tras un parto vaginal, la principal morbilidad descrita incluye los siguientes síntomas: dolor perineal, dispareunia, cefalea, lumbalgia, problemas con la lactancia y problemas de salud mental<sup>21-23</sup>. Tras 6 meses, la mayoría de problemas se solucionan<sup>24</sup>. Según

Clark et al.<sup>25</sup>, el 25% de las visitas a urgencias se produjeron en los primeros 4 días posparto, el 50% durante los primeros 10 días y el 75% durante los primeros 24 días tras el alta. En cuanto a los reingresos, los datos son parecidos: el 25, el 50 y el 75% se producen a los 4, 8 y 26 días posparto, respectivamente. Los principales motivos de la visita fueron la endometritis o infección de la herida, la colecistitis, la cefalea y la mastitis<sup>25</sup>. Para Belfort et al.<sup>26</sup> estos motivos fueron los siguientes: hipertensión, enfermedades de la vesícula, infección uterina, infecciones del tracto urinario, hemorragia, condiciones medicoquirúrgicas específicas y mastitis. En otros estudios se encontraron diferencias significativas según el tipo de parto, y el sangrado era el motivo principal de reingreso tras un parto vaginal<sup>27-29</sup>.

En el estudio estadounidense de Declercq et al.<sup>21</sup>, el 48% de las madres con un parto vaginal identificaron el dolor perineal como el principal problema durante los primeros 2 meses posparto. En general, refieren cansancio, pérdida de sueño, grietas/molestias mamarias, sentirse estresadas y problemas de control de peso. Un 7% de las madres de la muestra requirió un reingreso, cuyos principales motivos fueron los problemas de vesícula biliar, la fiebre o las infecciones, y la hemorragia vaginal. En este estudio, el 4% de las madres acudieron a urgencias, principalmente por presentar cansancio, palpitaciones, lumbalgia, hemorroides y malestar coincidiendo con una litiasis biliar, pero ninguna requirió ingreso.

En cuanto al reingreso de los neonatos, nuestro porcentaje es similar al referido por otros autores. En nuestra serie, el 4% de los neonatos acudieron a urgencias por presentar ictericia, somnolencia, aspecto anormal del cordón umbilical y reacciones cutáneas, y el 1,33% reingresó por presentar crisis de cianosis o hiperbilirrubinemia. Otros autores refieren un 2% de reingresos en las primeras 2 semanas tras el alta, cuyos motivos más frecuentes fueron los problemas con la alimentación y la hiperbilirrubinemia<sup>3,30-32</sup>.

Una de las limitaciones de este estudio es que se desconoce si las madres tenían pensado acogerse al programa previamente a la hospitalización y si habían realizado el programa de educación maternal. Aunque todas las mujeres recibieron educación sanitaria, se desconoce qué conocimientos tenían las puérperas que se acogieron al programa sobre su autocuidado y el cuidado del recién nacido en el momento del alta y en el domicilio, respecto a las mujeres dadas de alta a las 48 horas. En la recogida de datos no se contempló el motivo de acogida al programa, ni tampoco se conoce el motivo de no acogerse al programa de la población de bajo riesgo del centro.

Otra limitación que cabe tener en cuenta en este estudio es la valoración objetiva del aspecto psicoemocional y social en el posparto más inmediato con escalas validadas (tristeza, fatiga, depresión, capacidad de cuidar, autonomía, apoyo familiar y del entorno). Aunque, según otros estudios publicados, en madres sanas y neonatos a término no existe mayor incidencia de depresión materna y problemas con la lactancia si se ofrece un seguimiento domiciliario posparto con matrona<sup>1,33-35</sup>.

El presente estudio confirma, de acuerdo con la bibliografía, el bajo número de complicaciones secundarias a la implementación del programa en nuestro entorno, y pone de manifiesto su potencial desarrollo. Sin embargo, aunque los ensayos clínicos realizados no constatan un incremento en reingresos en gestaciones y partos de bajo riesgo, ni plantean dudas en cuanto a la morbilidad<sup>1,2,5</sup>, la percepción de la duración de la estancia idónea varía para cada familia<sup>36</sup>.

Conocer el apoyo recibido y/o percibido en las puérperas acogidas al programa (grado de satisfacción) en comparación con las familias que no se acogen puede representar una posible línea de investigación futura. Considerando estos datos y el bajo porcentaje de pacientes que se acogieron al programa, aparecen como áreas de mejora potencial la obtención de información de los deseos y expectativas de las mujeres, la mayor difusión del programa y la preparación durante la gestación para el alta precoz, con el objetivo de reforzar la confianza en las capacidades para el cuidado personal y del neonato. Son susceptibles de estudio, además, los aspectos económicos relacionados con el coste de la hospitalización frente al del alta precoz.

Como conclusión, creemos que un programa de estas características facilita el empoderamiento de las familias durante el posparto más inmediato y, a la luz de nuestros propios resultados, sin incrementar la morbilidad materna o del neonato. Las puérperas y sus familias deberían ser consultadas en cuanto a los cuidados hacia ellas y su recién nacido, implicándolas de forma flexible en la toma de decisiones, para lo cual hay que adaptarse a sus necesidades con respeto. Se deben desarrollar planes individualizados de cuidados durante el puerperio conjuntamente con las familias y establecer protocolos locales, revisados y acordes con las mejores prácticas basadas en la evidencia<sup>20,33,37-40</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las familias que han participado en este estudio, así como al personal de enfermería, coordinadoras, residentes y es-

pecialistas médicos. También queremos agradecer la participación de los obstetras, neonatólogos y anestesiólogos que nos han asesorado en la construcción de la base de datos y el análisis de éstos. Y finalmente, damos las gracias al Dr. Gratacós, director de BCNatal (Barcelona Center for Maternal Fetal and Neonatal Medicine) del Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu, y al Sr. Emili Comas, responsable del personal de enfermería del Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, por fomentar la investigación en nuestro campo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; 3: CD00295 [doi:10.1002/14651858.CD002958].
2. Jongitud-Aguilar A, Tomasso G. Early post-partum discharge: systematic review of the literature. *Ginecol Obstet Mex*. 2003; 71: 143-51.
3. Fink AM. Early hospital discharge in maternal and newborn care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40(2): 149-56.
4. Norma estatal de los GRD (AP-GRD V25). Año 2011. Registro de altas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Política de Igualdad, 2011 [consultado el 18 enero de 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>
5. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3): 758-63.
6. Waldenström U. Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr*. 2004; 93(5): 669-76.
7. Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG*. 2004; 111(8): 800-6.
8. Sainz-Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme with domiciliary follow-up. *Am J Obs Gynecol*. 2005; 193(3): 714-26.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Policy Statement-Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*. 2010; 125(2): 405-9.
10. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 2.ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2005.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó, 1.ª ed. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
12. Ecuriet R, Martínez ML. Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puerperas antes del alta hospitalaria. *Matronas Prof*. 2004; 5(15): 30-5.
13. Löf M, Crang Svalenius E. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scand J Caring Sci*. 2006; 20: 323-30.
14. Bowman KG. Postpartum learning needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005; 34(4): 438-43.
15. Ponce MA. Conocimientos de las puerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas Prof*. 2005; 6(3): 14-9.
16. Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Ups J Med Sci*. 2000; 105(1): 57-66.
17. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 7: CD009326 [doi:10.1002/14651858.CD009326.pub2].
18. Goulet L, D'Amour D, Pineault R. Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women Health*. 2007; 45(4): 19-39.
19. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof*. 2011; 12(3): 65-73.
20. NICE Clinical Guideline. Postnatal Care. Londres: NICE, 2007.
21. Declercq E, Sakala C, Corry M, Applebaum S. New mothers speak out: National Survey results highlight women's postpartum experiences New York [internet]. Childbirth connection. Nueva York, 2008 [consultado el 18 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/new-mothers-speak-out.pdf>
22. Schytt E, Lindmark G. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG*. 2005; 112(2): 210-7.
23. Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth*. 2008; 35(3): 179-87.
24. Thompson JF, Roberts CL, Currie ME. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002; 29(2): 83-94.
25. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Englebright J, Meints L, Meyers JA, et al. Emergency department use during the postpartum period: implications for current management of the puerperium. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(1): 38.e1-e6.
26. Belfort MA, Clark SL, Saade GR, Kleja K, Dildy GA, Van Veen TR, et al. Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *Am J Obs Gynecol*. 2010; 202(35): e1-7.
27. Ophir E, Strulov A, Solt I, Michlin R, Buryanov I. Delivery mode and maternal rehospitalization. *Arch Gynecol Obstet*. 2008; 277(5): 401-4.
28. Ade-Conde JA, Alabi O, Higgins S. Maternal post natal hospital readmission-trends and association with mode of delivery. *Ir Med J*. 2011; 104(1): 17-20.
29. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187(3): 681-7.
30. Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner MN, et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child*. 2005; 90(2): 125-31.
31. Young PC, Korgenski K. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics*. 2013; 131: e1538-44.
32. Bragg EJ, Rosenn BM, Khoury JC, Miodovnik M. The effect of early discharge after vaginal delivery on neonatal readmission rates. *Obstet Gynecol*. 1997; 89(6): 930-2.
33. Shaw E, Levitt C, Wong S, and the MUPRG. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*. 2006; 33(3): 210-20.
34. MacArthur C, Winger HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359(9304): 378-85.
35. Brown S, Bruinsma F, Darcy MA, Small R. Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004; 18(3): 202-13.
36. Astier P. Discrepancia entre seguridad y satisfacción en el alta preñada y precoz tras el parto: el punto de vista de la mujer. *Cochrane Plus*. 2010; 1(ISSN 1745-9990).
37. Yelland J, Krastev A. Enhancing early postnatal care: findings from a major reform of maternity care in three Australian hospitals. *Midwifery*. 2009; 25(4): 392-402.
38. McLachlan HL, Gold L, Forster DA, Yelland J, Rayner J. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women Birth*. 2009; 22(4): 128-33.
39. Avellanad MI, Lupión SD. Asistencia a la puerpera en su estancia hospitalaria. *Matronas Prof*. 2000; 1(1): 14-20.
40. Cheng C, Fowles ER. Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ*. 2006; 15(3): 34-42.